1931
Lane Medical Library

Die Resultate der Retroflexionsoperation nach Baldy am Stadtkrankenhaus Carolahaus, Dresden

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Willy Muder

aus Halle (Saale)

Halle (Saale) 1931

Meinem lieben Vater

in Dankbarkeit

gewidmet.

Literatur.

Zentralblatt für Gynäkologie. Jahrgänge 1900 bis 1928.
Archiv für Gynäkologie.
Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes.
Döderlein-Krönig: Operative Gynäkologie.
Küstner: Lehrbuch der Gynäkologie.
Veit: Handbuch der Gynäkologie (Bd. II).
Fritz Reuer: Über Ventrifixura als Behandlungsmethode bei Lageveränderungen der inneren Genitalien. Dirs. Würzburg Okt. 04.
Waldenschmidt: Über die Erfahrungen bei der operativen Behandlung von Retrodeviationen des Uterus durch Verkürzung und Faration der Ligg. rotunda. Kiel Dirs. Juli 02.
Casar Schönlak: Die Erfolge der Retroflexionsoperationen im Allgemeinen Krankenhause St. Georg, Hamburg 1912/18.
Csapo Cendreas: Über die Resultate der Retroflexionsoperationen an der Leipziger Universitätsklinik 1922—25. Dirs. Leipzig 1926.
Hessler, Alexander: Übersicht über die lagekorrigierenden Operationen am Uterus. Dirs. München 1925.

Über die Pathogenität und Operationswürdigkeit der Retroflexio uteri ist wohl seit langer Zeit gestritten worden. Wenn die Meinungen auch heute noch nicht völlig ungeteilt sind, so haben doch Forschung und Fortschritt der operativen Technik, Hand in Hand gehend, dazu beigetragen, Klarheit in die Problematik dieser gynäkologischen Frage zu bringen.

Folgen wir zunächst in großen Zügen der historischen Entwicklung der Methoden der Retroflexionsoperation, so werden wir auch zur richtigen Würdigung der zuletzt mit Erfolg geübten Methode nach Baldy-Franke kommen.

Nachdem F. Schulze die Lehre vertrat, daß die Normallage des Uterus, die Anteflexion ist, begann man die operative Lagekorrektur des Uterus in Angriff zu nehmen. Die verschiedenen in Vorschlag gebrachten Methoden sind Legion. Vandervelde hat 217 verschiedene Operationsmethoden zusammengestellt. Im neuen Handbuch von Veith-Stoekel ist von 300 verschiedenen Operationsmethoden die Rede.

Der älteste Vorschlag, den Uterus in Anteflexionslage zu fixieren, stammt von Aliquié in Form der Utero-inguino raphie. Annussat gibt 1850 an, mit dem Glüheisen Narben in der Vagina gesetzt und so den Uterus anteflektiert zu haben. Bereits 1856 gab F. Arran eine Operationsmethode zur Kenntnis, wo durch Verkürzung der Ligg. rotunda der Uterus in Anteflexio gebracht wurde. 1882 veröffentlichten Alexander und A. Adams ihre Methode, die aber erst in den 90er Jahren durch Kocher, Werth und Küstner in Aufnahme kam. 1869 von Köberle, 1879 von Sims und 1879 von C. Schröder wurden Ventrofixationsmethoden erfunden, die den Stil der abgetragenen Adnexe benutzten. L. Tait (1880) ging einen Schritt weiter und ventrofixierte den Uterus selbst. Ohlshausen brachte 1886 in Vorschlag, die Ligg. rotunda und Ligg. lata an der Bauchwand

zu fixieren. 1888 folgten von Cerney und S. Leopold mit ihren bekannten Methoden der Ventrofixatio des Uterusfundus. Andere Vorschläge, Verkürzung der Ligg. sacrouterinä auf vaginalem Wege wurden von E. Herrik und 1888 von Bryford gemacht, auf abdominellem Wege 1880 von A. Kelley und Sänger, 1890 von Frommel. Durch Verödung der Excavatio vesico-uterina und zur Vermeidung des Jleus versuchten 1889 R. Kaltenbach und Kelley, den Uterus zu ventrivesicofixieren. Eine Verkürzung der Ligg. rotunda gaben 1896 Günther und Kiefer an und zwar suchten sie auf vaginalem Wege unter Leitung des Fingers den Uterus an der Bauchwand zu fixieren. Viele Operateure scheuten die Laparotomie überhaupt und suchten sich auf Operationen in der Vagina zu beschränken. Sims verkürzte je nach Wahl die hintere oder vordere Scheidenwand. In demselben Sinne mit ähnlichen Methoden operierten Doléris, Richelot, Skutsch, und Schücking führte sogar eine gekrümmte Nadel durch das vordere Scheidengewölbe und Uterus, um somit eine Vaginafixation zu erreichen. Mackenroth und Dührsen erfanden eine vaginale Methode (1892) der Uterus-Antefixatio unter Eröffnung des vesicouterinen Raumes mit Abschieben der Blase.

Der Gedanke aber, die Ligg. rotunda zur Uterussuspension zu verwenden, stammt von Polk. Darnach traten Ohlshausen (1886), Gilliams (1900), Doléris (1902) in die Öffentlichkeit. 1901 hat Webster, Chicago, im journ. amerik. med. association seine Operation angegeben. Im selben Jahre wurde Frankes Methode erfunden und im New-York med. journ. v. 25. 7. 03 veröffentlicht. Es waren 100 Fälle mit 20 glatt verlaufenen Geburten beschrieben. 1903 trat Baldy mit seiner Veröffentlichung derselben Operation hervor. 1906 hat Caravan, Paris, eine ähnliche Methode ohne Vernähung der Ligamentschlingen am Uterus angegeben. Seine Arbeit ist in der Presse und im medizinalen Heft 28 unter dem Titel „Ligamentopexie retro-uterine et sous tubo — ovarienne" erschienen. Merkwürdigerweise haben alle genannten Autoren selbständig ihre Operation erfunden, ohne voneinander zu wissen. Guggisberg, Pollak, Alifierie, Hirsch traten energisch für die Operation ein.

Die physiologische Uteruslage ist zweifellos die Anteflexion. Diese wird nun in bekannter Weise erhalten durch den binde-

gewebigen parmetranen Stützapparat, das Diaphragma pelvis und M. levator ani einerseits, und andererseits zwingen das Zusammenspiel der Bauchwand und des Zwerchfells, die Last des Darmpacktes, die kapilläre Kohaerenz des Bauchraumes und in weiterem Sinne auch die Ligg. rotunda den Uterus in seine Anteflexionslage. Doch wird gerade die Bedeutung der Ligg. rotunda verschieden aufgefaßt.

Fehling sagt: „Die Bedeutung der sogenannten Bänder ist für gewöhnlich gleich null, diese treten erst pathalogischerweise in Tätigkeit". Nach Küstner korrigieren sie die dem Uterus durch die Nachbarorgane aufgezwungene Haltung. Von Arxs läßt den Bändern die Bedeutung einer Rücklaufbremse zukommen.

Von Arxs hat nun an Hand physikalischer Studien und von technischen Betrachtungen ausgehend bewiesen, daß die Normallage des Uterus an vier Faktoren gebunden ist.

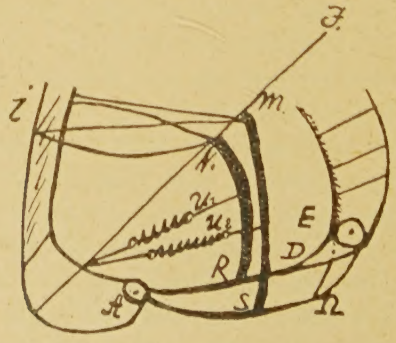
1. an die Elastizität des Uterusgewebes,
2. „ „ Integrität der Beckenbodenelastizität,
3. „ „ Elastizität der Blasenmuskulatur und die Kugelform der Blase,
4. an die Integrität des Zügelapparates des Ligg. rotunda.

Schon entwicklungsmechanisch wichtig ist, daß bei der Entwicklung des Beckens die Formgebung desselben im wesentlichen durch die Bauchorgane bestimmt wird. Beim weiblichen Becken bedingt die Einlagerung des Uterus zwischen Blase und Rektum eine vermehrte Spannung im untersten Rumpfabschnitt und somit wiederum eine steilere Stellung des Beckenringes und eine Vermehrung des Anzuges des Steißbeines. Die Gestaltung des Beckenringes wird also durch von innen heraus wirksame Kräfte bestimmt. Durch Einschaltung des knöchernen Beckenringes als Versteifung in die Wand der Rumpfblase in ihrem unteren Abschnitt wird die tonusbefähigte elastische Wand der Rumpfblase in zwei Teile zerlegt, in die eigentliche Beckenwand und den Beckenboden. Beim männlichen Becken wird der Beckenboden als eine einfache Federbrücke aufgefaßt. Beim weiblichen Becken hingegen ist das Os coccygis durch eine viel größere Beweglichkeit im Sacrococcygeal-Gelenk ausgezeichnet und dient funktionell als Bindestück zwischen Wirbelsäule und elastischem Beckenboden, so-

daß der weibliche Beckenboden als Doppelfederbrücke aufgefaßt werden kann. Von Arxs hat nun bewiesen, daß Blase und Uterus zu einem maschinellen System verbunden sind und formgestaltend auf das Becken einwirken. Die Lage der Blase ist abhängig von der Winkelstellung des Beckens und ruht auf der Sehne des Bogens der Federbrücke.

Der Uterus wird als einarmiger Hebel aufgefaßt, der in seinen unteren Partien mit der Blase funktionell verbunden ist. Die oberen Partien beider Organe werden in der Freiheit ihrer Bewegungen durch die Ligg. vesicale medium und die Ligg. rotunda eingeschränkt. So ergibt sich also ein maschinelles System, das aus der Blasenkugel mit wechselndem Füllungszustand, dem Uterushebel und der Doppelfederbrücke des Beckenbodens besteht.

Im Modell ist die Funktion der Blasenkugel bei verschiedenem Füllungszustand durch die Spiralfeder U^1 und U^2 dargestellt, die einerseits am absoluten Fixpunkt T befestigt sind und andererseits an einer gebogenen Spiralfeder, die dem Uterushebel entspricht. Die Uterusfeder ist auf der Beckenbodenfederbrücke drehbar in R befestigt. Das andere Ende der Uterusfeder wird durch die beiden Zügel i, N in seiner Bewegung gehemmt.



(Abb. aus dem Handbuch von Veit-Stöckel entnommen.)

Senkt sich die Federbrücke (Beckenbogen) in die Stellung A, dann muß entsprechend der ganzen Anordnung der Drehpunkt im N nach M wandern, wobei gleichzeitig die Krümmung der Feder in M-S-Stellung eine geringere ist als in der Ausgangsstellung. Genau dieselbe Wirkung wird erreicht, wenn

man an Stelle der Senkung der Federbrücke sich vorstellt, daß durch eine sich füllende Kugel im Raum i. N. U. R. der Uterushebel über die M-S-Stellung verschoben wird.

So müssen Stützapparat (Federbrücke), Haftapparat (Zügelpaar) und Elastizität resp. Uterustonus zusammenwirken und aufeinander abgestimmt sein, wenn trotz der durch die wechselnde Blasenfüllung notwendigen Excursionsbreite die Normallage des Organs wieder hergestellt werden soll.

Die Blasenfüllung bewirkt bei Nulliparen am Uterus hauptsächlich eine Vergrößerung des Anteflexionswinkels und in geringerem Grade eine Elevation des Uterus. Bei multiparen dagegen umgekehrt hauptsächlich eine Elevation des Uterus. Bei der Entleerung der Blase wird der Uterus durch seinen Eigentonus in seine Lage zurückgebracht. Die Ligg. rotunda bewahren den Uterus bei etwaiger übermäßiger Blasenfüllung vor dem Umkippen und spielen lediglich die Rolle einer Rücklaufbremse. So bleibt der Zusammenhalt zwischen Uterus und Blase erhalten und das Dünndarmpaket vermag nicht in den uterovesicalen Raum einzudringen, sondern verstärkt durch seine Einwirkung auf die Uterushinterfläche die Anteflexion. Auch die Ampulle des Rectums vermag auf den Uterus einzuwirken — zumeist weicht sie aber aus — im Sinne der Hebung und Anteflexion und wirkt somit antagonistisch zur Blasenfüllung.

Die Portio hat in der Ebene A D ihre Gleichgewichtsebene. Die Blase findet sich ebenfalls in jedem Füllungszustand im stabilen Gleichgewicht. Der Stützpunkt des Uterus und der mit ihm verbundenen Blase liegt etwa in der Mitte des elastischen Beckenbodens, d. i. ungefähr $1^1/_2$—2 cm hinter der Commissura post. lab. Zerstörungen, die über diesen Punkt hinausgehen, berauben den Vesicogenitalapparat seiner Stütze und hindern das physiologische Zusammenspiel der Organe (Retroflexio uteri, Cystocele Des-census uteri, usw.)

Die Ligg. rotunda schränken die Beweglichkeit des Uterusfundus ein. Wird ihre Bremswirkung, den Uterus über den Punkt N hinaus nicht abweichen zu lassen, aufgehoben, so kommt es zur Retroflexion, zur Störung des Turger-Tonuspiels des Uterus und zum Eindringen von Darmschlingen in den uterovesicalen Raum. Die Zusammenarbeit Blase-Uterus ist aufgehoben. Das Gewicht des Darmblockes plus Druck der Bauchpresse

wirken übermächtig und zerstörend auf den vorderen Teil des Beckenbodens, des Teiles A D auf die Federbrücke ein. Weiter wird die Portio aus der Normallage herausgedrängt und wird als Keil zwischen die Levatorschenkel getrieben. Auch vermag die Blase ihren ideellen Schwerpunkt weiter kreuzbeinwärts zu verlegen (Descensus) was einer Mehrbelastung des Hebelarmes gleichkommt. Die Ursachen, welche dieses mechanische System in seinem physiologischen Zusammenspiel bedrohen, mögen verschieden sein, die Wirkung bleibt die oben geschilderte Zerstörung. Wie weit aber dieselbe gedeiht, hängt wieder von Nebenumständen ab.

Das Ziel unserer Operation wird immer sein, die normale Physiologie des Beckenbodens wieder herzustellen mit möglichst idealer Rekonstruktion auch der Beckenbodenanatomie. Da nun die Baldysche Operation sich lediglich darauf beschränkt, eine Schleife im Band selbst zu bilden, die geringe Läsion an gefäßfreier Stelle an den Mesosalpingen ist unwesentlich, so erleiden die Nachbarorgane ja keinerlei Veränderung und es wird mit geringen Mitteln der gewünschte Effekt erzielt.

Zusammenfassend stellten wir nunmehr bei erfolgter Retroflexion des Uterus an dem eben erläuterten maschinellen System folgende Defekte fest:

1. Verlust der Elastizität des Uterus,
2. die Integrität der Beckenbodenmuskulatur ist zunächst bedroht, geht aber bei beginnendem Descensus verloren,
3. die Integrität des Zügelapparates ist völlig verloren gegangen.

Das Ziel unserer Operation ist die Wiederherstellung dieser 3 Faktoren. Die Herstellung der Integrität des Zügelapparates durch Verkürzung resp. Schlingenbildung gelingt sehr leicht. Die Beckenbodenelastizität durch diese Operation wieder herzustellen, ist operativ unmöglich, doch wird durch die Fixation des Bandes auf der Rückseite des Uterus in Höhe des inneren Muttermundes also in nächster Nähe des ideellen Drehpunktes des Uterushebels an der Federbrücke eine Stütze geschaffen, die zugleich die Federbrücke bei Überlastung unterteilt und stützt. Wenn es nun auch nicht gelingt, damit die Beckenbodenelastizität direkt herzustellen, so kann sich doch das nunmehr entlastete Gewebe von

der Überbeanspruchung erholen und spontan seinen Elastizitätsverlust ausgleichen, da ihm die Ligg. rotunda ja einen Teil seiner Arbeit abnehmen.

Die Elastizität des Uterushebels als direkte Folge seines Turgors ist unserer Einwirkung ebenfalls entzogen. Durch den Verlauf der Bänder nach Lagekorrektur über den größten Teil der Rückfläche des Uterus erhält der Uterushebel wiederum eine Stütze; die Beanspruchung auf Biegung wird auf die Bänder übertragen. Es unterbleibt jede Zugwirkung auf die Anhänge des Uterus, somit ist die Blutzirkulation im korrigierten Organ völlig unbehindert (Uterusstauung durch Torsion der Mesosalpingen) und der davon abhängige Turgor der Gewebe vermag sich, sofern nicht bereits weitgehende pathalogische Veränderungen eingetreten sind, wieder herzustellen. Durch die wiederhergestellte Anteflexion ist der vesicouterine Raum geschlossen und der vordere Teil der Doppelfederbrücke von dem zerstörenden Druck des Darmblockes und der Bauchpresse befreit. So haben wir ohne wesentliche Änderung der anatomischen Verhältnisse, einfach durch eine Änderung im Verlauf und durch Kürzung der Ligg. rotunda, diese zwar stärker belastet aber zugleich alle wesentlichen Faktoren des geschädigten Zusammenspiels des uterovesicalen Systems beseitigt, unter größtmöglichster Wahrung der Beckenanatomie.

Doch ist die Operationsmethode recht difficil und der Erfolg nur bei genauer Auswahl der Fälle beschieden. Sind die Ligg. rotunda zu dünn, so können sie sich überdehnen. Wählt man den Fixationspunkt für die Ligamente zu hoch, so schlottert der Uterus, neigt wieder zu Retroflexion und stützt den Beckenboden nicht. Wählt man ihn aber zu tief, so gleitet der Uterus besonders, wenn der Cervicalteil wie häufig schlaff ist, zwischen den Bändern hindurch über den Fixationspunkt hinweg wieder in Retroflexionslage. Andererseits gewährt diese Elevationsmethode dem Uterus große Bewegungsfreiheit (Schaukelstuhlmethode) im Gegensatz zur Suspensio uteri nach Bumm. Es mag allerdings auch nicht verkannt werden, daß nachträglich gebildete weitgehende Adhaesionen den Uterus ebenfalls zum Verlassen seiner Elevationsstellung zu zwingen vermögen. Nicht unerwähnt soll bleiben, daß man in Vorschlag gebracht hat, zur weiteren Sicherung der Uteruslage den oft sehr tiefen Douglas'schen Raum durch einige

raffende Catgutnähte zu veröden (P. Matthes, Innsbruck). Doch haben wir dieses nie ausgeführt, da wir, wenn die Baldysche Operation Schwierigkeiten machte, die Operation nach Bumm-Doléris vorzogen.

Die Indikation zur Laparatomie bei Retroflexio uteri stellten wir bei Bestehen von lokalen Beschwerden über längere Zeit, also wenn sie mindestens $^3/_4$ Jahr der konservativen Behandlung getrotzt hatten. Als solche durch Retroflexio uteri bedingte Beschwerden nahmen wir mit K. Reiferscheid übereinstimmend folgende an: Zunächst gaben die am häufigsen vorgebrachten dysmennorrhoischen und mennorrhagischen Beschwerden Anlaß zur Elevation des Uterus. Häufig waren bei diesen Fällen Klagen über sehr starken Flour albus. Zuweilen gaben auch länger anhaltende Blutungen im Anschluß an das Wochenbett Anlaß zur Operation.

In mehreren Fällen wurde die Retroflexion im Anschluß an das Wochenbett und nach Fehlgeburten entdeckt. Guttwein meldet von 189 Fällen 71 Retroflexionen im Anschluß an die Geburt. Häufig wurde jedoch ein vorangegangener Abort negiert, obwohl die Beschaffenheit des Muttermundes und der Portio den Verdacht erweckten. Auch die Sterilität der Frau war in 3 Fällen Anlaß für uns, die Laparatomie auszuführen, aber nur dann, wenn sie wenigstens seit 5 Jahren bestand. Über tagelange Obstipationsbeschwerden, Völlegefühl im Darm und gelegentlich Stuhldrang wurde in den meisten Fällen geklagt. Für uns bildeten sie nie den alleinigen Anlaß zur Operation, jedoch blieben sie als habituelle Beschwerden in einigen Fällen bestehen. Ein in Retroflexionsstellung adhaerenter Uterus bildeten für uns die Indikation zur Laparatomie, da ja eine solche Fixation mit großer Wahrscheinlichkeit zum Abort führen muß. Auf consensuelle Beschwerden wurde nie großes Gewicht gelegt, wenn auch Klagen über Kreuzschmerzen oder nach einem Bein ausstrahlender Schmerz recht häufig waren und nach der Lagekorrektur meist verschwanden. Coccygodynie wurde nie angegeben. In einem Falle lag ausgesprochene Ptosis im Sinne des Stiller'schen Habitus mit infantilem Organ vor. Bald nach der Operation trat wieder Rückwärtsverlagerung ein. Am häufigsten aber waren chronische Adnexerkrankungen mit Retroflexio uteri vergesellschaftet, sodaß stärkere Beschwerden bestanden, die dann zur Laparatomie führten.

Ausführung der Baldy-Webster-Frankeschen Operation.

Zunächst Eröffnung der Bauchhöhle durch Pfannenstiehlschen Fascienquerschnitt. Die Ligg. rotunda werden nach manueller Lösung etwaiger Verwachsungen gefaßt und mit ihnen der Uterus samt Adnexe emporgehoben. Nun werden die Tuben unter Entfaltung der Ligg. lata etwas angehoben, die Ligg. lata unter Vermeidung von Gefäßen geschlitzt, und die Ligg. rotunda durch die Schlitze hindurchgezogen. Eine Knickung der Tuben ist leicht zu vermeiden, wenn man die künstlichen Schlitze in einigem Abstand von ihnen in die Ligg. lata legt. Jetzt werden beide Ligg. rotunda auf der Rückseite des Uterus mit zwei durchgreifenden Seidennähten in Höhe des inneren Muttermundes fixiert. Der Uterus soll nun, ohne verkantet zu sein, in der Medianlinie gut anteflektiert und etwas beweglich liegen, danach Bauchdeckenschluß. Die Operation nimmt etwa 30—40 Minuten mit Bauchschluß in Anspruch. Die Heilung war stets ungestört. Die Patienten konnten meist nach 14 Tagen geheilt entlassen werden. Nach dieser einfachen Methode wurde 31 mal operiert. Von 113 Laparatomien kamen 65 zur Nachuntersuchung:

Retroflexio uteri fixato	17
„ „ complicata	18
„ „ mobilis	24
keine Retroflexio	6
	65

Operationen:

Baldy allein wurde ausgeführt	31 mal
„ mit anderen Suspensionsmethoden	1 „
„ „ „ Operationen am Genitale	33 „

Die anatomischen Resultate waren:

gute Anteflexionen	53 mal = 81,5 %	anat. Heilung
Mittelstellung	7 „ = 10,8 %	„ Besserung
Retroflexio (Rezidiv)	5 „ = 7,7 %	Rezidiv

Rezidiv: 1 mal starke Rückbildung im Klimakterium,
1 „ nach Geburt,
1 „ schwere Veränderungen im Sinne der Stillerschen Habitus,
2 „ Adhaesionen.

Funktionelle Resultate:

Absolut beschwerdefrei waren 39.

Unter den 29 nicht beschwerdefreien Fällen wurde geklagt

über Narbenschmerzen	3 mal
über Leibschmerzen	5 „
über dismenorrhoische Beschwerden	14 „
über Flour	12 „
über Allgemeinbeschwerden	2 „
über neurasthenische Beschwerden	2 „
über Obstipationsbeschwerden	3 „

Aus der Hamburg-Eppendorfer Klinik werden folgende Resultate veröffentlicht (Gyn. Zentr. Bl. 54 Jahrgang. Nr. 12 p. 719). 123 Patientinnen sind nachuntersucht worden, davon waren doppelseitig nach Baldy operiert 95, einseitig 28.

Von 65 sind 15 wieder gravide geworden, 14 intrauterin, 1 extrauterin, 6 haben nicht ausgetragen (wahrscheinlich kriminelle Aborte).

In 119 Fällen von 123 war die Lage des Uterus gut. Eine ausgesprochene Retroflexio uteri ist in keinem Falle vorhanden gewesen. Eine später beobachtete Tubargravidität steht nicht im Zusammenhange mit der Operation, also 1,6 % Rezidive (2 Versager).

Nach einer anderen aus der Stoekelschen Klinik erschienenen Statistik wurden über 2000 Laparatomien wegen Uterusverlagerung in der Zeit von 1900—1922 gemacht. Die Rezidive sind wie folgt tabellarisch zusammengefaßt:

	Gesamtsumme der Operierten	Nachuntersuchte	Rezidive
Schauta Wertheim	516	364	3,7 %
Vag. Totalextipation Plastik	173	116	2,6 %
Plastik und Alexander Adams	491	305	10,4 %
Adams	262	162	5,5 %
Vag. Fixation	21	16	6,3 %
Promotorium fixation	1	4	0,0 %
Alexander Adams	363	194	9,5 %
Ventrofixationen	52	31	6,4 %
Langes	61	36	6,6 %
Baldy	30	26	0,0 %
Menge	22	6	0,0 %

Übersicht über die Resultate der Retroflexionsoperation
an der Leipziger Universitäts-Frauenklinik
von September 1922 bis 31. Dezember 1925.

	Rezidive.	Gesamt	Mit briefl. Nachfrage
Alexander Adams	in Kiel	9,5 %	9,7 %
	in Leipzig	9,5 %	
Baldy	in Kiel	0,0 %	7,9 %
	in Leipzig	5,5 %	
Dolores		0,0 %	0,0 %
Ligamentverkürzung		6,6 %	0,0 %

Im Stoekelschen Material wurden von 1922 bis 1925 nach Baldy operiert 125 Fälle mit 5,5 % Rezidiven.

Polak berichtet von 400 Fällen mit 50 % Rezidiven nach Baldy. Guggisberg dagegen aus einem anderen Material von 73 Fällen mit 1,3 % Rezidiven. Grad bei 83 Fällen mit 5 % Rezidiven. Unser Material 65 Fälle mit 7,7 % Rezidiven. 100 nach Bumm-Doléris operierte Fälle waren ohne Rezidive. Weiteres statistisches Material zu eruieren war mir nicht möglich.

Anzahl	Diagnose	Operationen
1.	Retroversio uteri	Baldy Lysis Adhaes.
2.	Pelveo peritonitis chronische Adhaes Salpyngitis sin,	Baldy Lysis Adhaes. Salpingo-oophorectomia sin.
3.	Tubargravidität Hämatosalpinx dextra Cystovar	Baldy Salpingo-oophorectomia Appendectomia
4.	Retroflexio uteri	Baldy Lysis Adhaes.
5.	Retroflexio uteri Cystoma ovarii dextr.	Baldy Salpingo-oophorectomia dextr. Appendectomia
6.	Cystovar sinistr. Salpingitis bilat. chronica Appendicitis chronica	Baldy Salpingo-oophorectomia Appendectomia
7.	Retroflexio uteri	Baldy
8.	Cystovar sinistra Adnextis chronica dextr.	Baldy Salpingo-oophorectomia sin. et dextr.
9.	Retroversio-positio uteri Sterilität	Baldy Tubeneinpflanzung Lysis Adhaesionen
10.	Retroflexio uteri Sterilität	Baldy Tubeneinpflanzung
11.	Retroversio uteri Appendicitis chronica	Baldy Appendectomia
12.	Retroversio uteri Pelveoperitonitis chronica adhaesiva Adnexitis chronica bilat.	Baldy Lysis Adhaesionen Salpingo-oophorectomia Duplex
13.	Retroflexio uteri fixata Salpingitis bilateralis chronica	Baldy Salpingectomia duplex
14.	Retroflexio uteri Appendicitis chronica	Baldy Appendectomia
15.	Retroflexio uteri	Baldy
16.	Dermoidcystom links Retroversio uteri fix.	Baldy Salpingo-oophorectomia sinistra Lysis Adhaesionen
17.	Hydrosalpings sinistra Salpingitis chronic dextr. Retroflexio uteri Tot. fix. Pelvio peritonitis chron.	Baldy Lyais Adhaesionen Salpingo-oophorectomia Duplex

Anat. Resultat			Funkt. Resultat			Gravidität
Antefl	Mittelstellg.	Retrofl.	Beschwerdefrei	Beschwerden genital	Beschwerden nicht genital	
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	neurasthenische Beschwerden			—
+	—	—	Molestiae graviditatis			Mens. 2
—	Antefl. retropos.	—	Obstipation. Narbenschmerzen rechts			—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	Flour flavus ziehende Schmerzen rechts im Unterbauch			—
+	—	—	Narbenschmerzen Dysmenorrhoe			—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	steril
+	—	—	+	—	—	steril
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	Zuweilen Ziehen in Kreuz und Leib			—
—	Atefl. Retropon Uterus	—	+	Fluor albus	—	—
+	—	—	+	—	—	am 14. 4. 28. glatt entbunden
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	Dysmenorrhoe, Neuralgien im linken Schnittwinkel			—
+	—	—	+	—	—	—

An-zahl	Diagnose	Operationen
18.	Retroflexio uteri fix.	Baldy
19.	Cystovar dextr. Haematosalpings sin.	Baldy Salpingectomia sin. Salpingo-oophorectomie dextra
20.	Retroflexio uteri mob.	Baldy
21.	Retroflexio uteri mob. Appendicitis	Baldy Appendectomia
22.	Retroflexio uteri fix. Cystovar sin. Pelveo peritonitis chronica	Baldy Salpingo-oophore6tomia sin.
23.	Retroflexio uteri mob Dysmenorrhoe	Baldy Discisio
24.	Retroflexio uteri fix. Appendicitis chronica	Baldy Appendectomia
25.	Retroflexio uteri Adnexitis chronica sin.	Baldy Resectio ovarii sinistri Appendectomia
26.	Pelveo peritonitis Salpingitis bilateralis chronica, Cystovar dextr.	Baldy Salpingo-oophorectomia dextr. Salpingectomia sin.
27.	Retroflexio uteri mob. Appendicitis chronica	Baldy Appendectomia
28.	Retroflexio uteri Oophoritis bilateralis	Baldy Lysis Adhaesionen
29.	Retroflexio uteri tot	Baldy Appendectomia
30.	Tubarabort rechts Hydrosalpings sin.	Baldy Salpingectomia biiat.
31.	Retroflexio uteri tot. Hernia inguinalis Congenita sinistra	Baldy Bassini links
32.	Retroflexio uteri	Baldy
33.	Retroflexio uteri	Baldy
34.	Retroflexio uteri mob.	Baldy
35.	Retroflexio uteri mob.	Baldy

Anat Resultat			Funkt. Resultat			Graviditä t
Antefl.	Mittel-stellg.	Re-trofl.	Be-schwerde-frei	Beschwerden genital	Beschwerden nicht genital	
+		—	—	Fluor flavus neurasthen. Beschwerden	—	—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	Mens. VI
+	—	—	+	—	—	glatt entbunden
+	—	—	Dysmenorrhoe		—	—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	
+	—	—	Fluor albus Dysmenorrhoe	—	—	—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	—
—	—	+	Fluor albus Dysmenorrhoe (Stillerscher Habitus)			—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	Fluor flav.	—	—	—
—	+	—	+	—	—	—
Mit guter Anteflexion entlassen Post partum Retro-flexio			Post. partum. Fluor flavus Dysmenorrhoe Obstipation			Spontangeburt glatt
—	+	—	Dysmenorrhoe		—	—
+	—	—	+	—	—	—

Anzahl	Diagnose	Operationen
36.	Retroflexio uteri fix.	Baldy Lysis Adhaesionen
37.	Tubargravidität rechts Gystoma ovarii sin.	Baldy Cysectomia sin.
38	Retrofleyio uteri mob.	Baldy
39.	Retroflexio uteri mob. Salpingitis chronic. sin.	Baldy Lysis Adhaesionen
40.	Pelveo peritonitis chronic. adhaesiva Retroflexio uteri fix.	Baldy Lysis Adhaesionen Appendectomia
41.	Adnexitis chronica bilaterlis Pelveo peritonitis chron. Hydrosalpings et cystovar sinistr.	Baldy Extirpatio adnex. sin.
42.	Retroflexio uteri Cystovar sinistr. Pelveo peritonitis	Baldy Lysis Adhaesionen Resektio ovarii sin.
43.	Retroflexio uteri mob.	Baldy
44.	Retroflexio uteri fix. Appendicitis chronica	Baldy Appendectomia
45.	Retroflexio uteri fix. Gravida Mens. II	Baldy
46.	Retroflexio uteri grav.	Baldy Sektio parva
47.	Retroflexio uteri	Baldy
48.	Retroflexio uteri Appendicitis chronica	Baldy Appendectomia
49.	Retroflexio uteri mob. Hernia hemoralis dextra	Baldy Herniotomie
50.	Pelveo peritonitis chron Adhaesiones Cystovar sin. Retroflexio uteri fix,	Salpingo-oophorectomia sin Lysis adhaesiones Baldy links Menge rechts
51.	Retroflexio uteri fix.	Baldy Lysis Adhaesionen
52.	Retroflexio fix.	Baldy links Bumm rechts
53.	Refroflexio uteri Descensus utcri	Baldy

Anat. Resultat			Funkt. Resultat			Gravidität
Antefl.	Mittelstellg.	Retrofl.	Beschwerdefrei	Beschwerden genitial	Beschwerden nicht genitial	
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	steril
+	—	—	+	—	—	—
—	+	—	Dysmenorrhoe		—	—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	chron. Obstipatio	—
+	—	—	—	Dysmenorrhoe Fluor flavus		—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	—	Adnexitis sin. Fluor flavus		Abort
+	—	—	—	Menorhagie Neurasthenie		—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	—	Klimakterum 40 Jahre		—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	—
—	Uterus faustgr, Mittelstellg. Druckempfindlichkeit	—	+	Dysmenorrhoe	—	—

An-zahl	Diagnose	Operationen
54.	Retroflexio uteri fix. Cystocele	Baldy Colporhaphia ant.
55	Retroflexio uteri tot.	Baldy
56.	Retroflexio uteri tot. Mioma subserosum	Baldy
57.	Retroflexio uteri	Baldy
58	Retroflexio uteri	Baldy
59.	Retrofleziu uteri	Baldy
60.	Retroflexio uteri	Baldy
61.	Retroflexio uteri fix.	Baldy Lysis Adhaesionen
62,	Retrof'exio uteri	Baldy
63.	Retroflexio uteri fix. Ovarialcystom links	Baldy Cystectomia sin
64.	Retroflexio uteri fix.	Baldy Lysis Adhaesionen
65.	Retroflexio uteri fix.	Baldy Lysis Adhaesionen

Anat. Resultat			Funkt. Resultat			Gravidität
Antefl.	Mittelstellg.	Retrofl.	Beschwerdefrei	Beschwerden genital	Beschwerden nicht genital	
+	—	—	+	—	—	—
—	—	+	Menopause	+	—	Rezidiv im Klimakterium
+	—	—	Dysmenorrhoe, am 4. 6. 28. Myomabgang, seitdem beschwerdefrei			—
+	—	—	Dysmenorrhoe		—	—
—	—	+	+	Fluor albus	—	—
+	—	—	—	Dysmenorrhoe Obstipation	—	—
+	—	—	—	Dysmenorrhoe	—	—
+	—	—	—	Fluor flav. Adnexitis dextr.	—	—
+	—	—	—	Fluor flav. Dysmenorrhoe Adnexitis dextr.	—	—
+	—	—	+	—	—	—
+	—	—	+	—	—	—
—	+	—	—	Fluor flav. Dysmenorrhoe	—	—

Lebenslauf.

Am 16. August 1899 wurde ich, Kurt Willy Muder, als Sohn des Dentisten Willy Muder, in Dresden geboren. 1921 erwarb ich das Reifezeugnis für Oberrealschule an einem Kriegssonderlehrgang in Halle a. S., nachdem ich 13 Monate bei der Fliegertruppe gedient hatte. Ich ließ mich in Halle immatrikulieren. Dann studierte ich in Freiburg, wo ich im März 1925 das Vorexamen ablegte. Weiter studierte ich in München, um dann nach Halle zurückzukehren, wo ich im Mai 1928 die ärztliche Prüfung bestand. Im Juni 1928 siedelte ich nach Dresden über und war erst als Medizinalpraktikant am Stadtkrankenhaus Johannstadt, dann am Stadtkrankenhaus Carolahaus tätig. Am 1. Juli 1929 erhielt ich meine Approbation als Arzt. Am Stadtkrankenhaus Carolahaus blieb ich weiter an der unter der Leitung des Herrn Sanitätsrat Dr. v. Holst stehenden gynaekologisch-geburtshilflichen Klinik zunächst als Volontärarzt und rückte dann in die vakant werdende zweite Hilfsarztstelle ein.